

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE ^{N°} 260
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 21 Avril 1910, à 1 heure

PAR

G. MAX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
THROMBUS GÉNITAL PUERPÉRAL

Président : M. RIBEMONT-DESSAIGNES, professeur.

Juges : { MM. HUTINEL, } *professeurs.*
BAR,
NOBÉCOURT, *agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
H. CHACORNAC, EDITEUR
9, Rue de l'Éperon, 9

1910

260

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 21 Avril 1910, à 1 heure

PAR

G. MAX

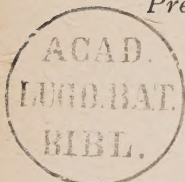
CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

THROMBUS GÉNITAL PUERPÉRAL

Président : M. RIBEMONT-DESSAIGNES, professeur.

Juges : { MM. HUTINEL } *professeurs.*
BAR
NOBÉCOURT, *agrégé.*



Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

H. CHACORNAC, ÉDITEUR

9, Rue de l'Éperon, 9

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	GARIEL
Chimie organique et chimie générale.....	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.....	ACHARD
Pathologie médicale.....	{ WIDAL
Pathologie chirurgicale.....	{ DEJERINE
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.....	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.....	HARTMANN
Thérapeutique.....	POUCHET
Hygiène.....	GILBERT
Médecine légale.....	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.....	CHAUFFARD
	ROGER
	{ HAYEM
Clinique médicale.....	{ DIEULAFOY
	{ DEBOVE
	LANDOUZY
Maladie des enfants.....	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.....	RAYMOND
	{ PIERRE DELBET
Clinique chirurgicale.....	{ QUENU
	{ RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN
	{ PINARD
	{ BAR
Clinique d'accouchements.....	{ RIBEMONT-DES-
	SAIGNES
Clinique gynécologique.....	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON FERN.	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LEPER	RENON
BROCA ANDRÉ	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ MARCEL	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PROFESSEURS DE LA FACULTÉ

A M. LE PROFESSEUR RIBEMONT-DESSAIGNES

Mon Président de thèse, respectueux hommage

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUBRISAY
Mon bienveillant conseiller

A MES ANCIENS AMIS D'ÉTUDE

INTRODUCTION

La dénomination de *thrombus* a été créée par LEGOUAIS (Dictionnaire des Sciences médicales). Il n'a été signalé pour la première fois par les auteurs qu'au XVI^e siècle. Jusqu'à cette date il a passé presque inaperçu.

Le premier qui publia une description de ces collections sanguines fût J. RUEFF, de Zürich, en 1554. Dans l'ordre chronologique nous pouvons citer le travail de J.-H. KRANAUER, de Bâle, en 1734, de BOER en 1806. DENEUX décrit le thrombus dans son *Mémoire sur les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin* en 1830; viennent ensuite les travaux de LABORIE en 1860, la thèse de PERRET en 1864, celle de GIRARD en 1874, le travail de MONTGOMERY en 1880, un mémoire paru dans le *Lyon Médical* en 1890 et la thèse de DEVOIR en 1896.

Parmi les travaux les plus récents, nous pouvons citer ceux de RIELÄNDER, de Berlin, dans le *Monatschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie*, de 1906, sur les thrombus puerpéraux veineux. Ce dernier donne vingt-

trois cas, dont nous reproduisons une observation succincte évoluant sans fièvre, ni douleur.

C'est une tumeur occasionnelle extrêmement rare si on se rapporte aux travaux publiés et aux cas observés. Nous avons pris une observation dans le service de M. le Professeur RIBEMONT-DESSAIGNES sur un thrombus traumatique, et c'est d'après son conseil et celui de M. le Docteur DUBRISAY, ancien chef de clinique à la Faculté, que nous avons pris cette affection comme sujet de notre thèse inaugurale. Nous saisissons ici l'occasion de les remercier respectueusement tous les deux pour leurs précieux conseils et leur bienveillant concours, surtout à la fin de nos études médicales.

D'après l'éminent professeur de la Faculté, le thrombus ne se rencontrerait qu'une fois sur 2,000 accouchements. M^{me} SASANOFF donne la proportion de 1 sur 2,500 accouchements. D'autres auteurs, comme PAUL DUBOIS, affirment ne l'avoir rencontré que trois fois sur 14,000 accouchements. La proportion trouvée à la clinique Baudelocque par DEVOIR est de 1 sur 1,500 accouchements. Le thrombus a encore été étudié par Blot, Stepanoff.



PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I

Définition — Fréquence — Étiologie

DÉFINITION

Le trombus puerpéral est une tumeur produite par un épanchement sanguin dans l'épaisseur des tissus qui entourent la vulve et le vagin ; il est tantôt collecté, tantôt infiltré dans les parties qu'il envahit.

FRÉQUENCE

Ils survient très rarement pendant la grossesse, plus fréquemment pendant l'accouchement et surtout après la délivrance, d'après les faits observés à la clinique Baudelocque. RIELÄNDER, de Berlin, cite, dans ses 23 cas observés pour 6.000 accouchements — proportion de 4 pour 1000 — la proportion suivante: 10 fois primipare, 5 fois

II pare, 1 fois III pare, 3 fois IV pare, 1 fois VIII pare et 2 fois X pare.

L'apparition des thrombus s'effectue quelquefois à la suite des accouchements normaux ou très peu compliqués et tombent sur la parturiente comme la foudre pendant un beau ciel, quelquefois même après le lever des suites de couche et expose la malade aux plus graves complications.

ETIOLOGIE

Comme cause prédisposantes on peut citer : la trop grande vascularisation des organes génitaux ou pelviens en général, l'étroitesse du vagin, les varices vulvo-vaginales, la gemellité et l'hydramnios. Comme causes déterminantes: le passage presque forcé d'une partie fœtale trop grosse, le plus souvent la tête trop ossifiée; les traumatismes de toute sorte, comme, par exemple, dans notre première observation, et en particulier les traumatismes obstétricaux (application de forceps, version, etc...) Dans ces applications de forceps, en position postérieure, quand on fait le grand mouvement de rotation on peut décoller la paroi vaginale. Pendant la grossesse le thrombus est le plus souvent d'origine traumatique.

Au moment de l'accouchement il est surtout constitué par le glissement de la paroi vaginale, entraînée par une présentation trop volumineuse: il se produit, de ce fait, une sorte de clivage, de

décollement de la paroi dans lequel le sang s'épanche. Le thrombus peut survenir aussi à la suite des ruptures de varices, par une quinte de toux, un accès de fou rire, soit même pendant des convulsions épileptiques, surtout joints à l'hypertension qui les accompagne; on peut enfin l'observer après l'opération de Gigli ou la symphyséotomie, quand on emploie le procédé sous-cutané.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique

Parti d'un point quelconque de la paroi vaginale, le sang peut s'écouler dans différentes directions: ou bien il descend vers la région vulvo-périnéale, produisant dans ces parages une vaste ecchymose, ou bien il remonte vers les culs de sac vaginaux, contourne les parties latérales de l'utérus et peut fuser jusque dans la région périnéale: c'est le *thrombus sous-péritonéal*. On en reconnaît donc au point de vue de son anatomie pathologique 3 variétés: le *thrombus sous-péritonéal*, le *thrombus vaginal* et le *trombus vulvo-périnéal*.

Il paraît, d'après PERNET, que ce sang proviendrait par l'effraction qui intéresserait surtout les capillaires, les autres vaisseaux ne prenant jamais part à sa formation. Il est fort probable qu'il se produit dans les grands épanchements une déchirure d'un gros vaisseau du plexus veineux périutérin. Quand à sa fréquence plus grande après la délivrance, elle s'explique par le fait que la tête fœtale exercerait une compression fa-

vorable sur les vaisseaux lésés et ce n'est qu'après le dégagement de la tête que les vaisseaux dilaté-rés permettraient au sang de s'épancher à travers les tissus.

CHAPITRE III

Symptômes

Généralement le thrombus se produit d'une façon *brusque*. Trois symptômes dominent la scène : la *douleur, la tumeur et l'hémorragie* (qui est le plus souvent intense). Habituellement c'est la douleur qui donne le signal d'alarme et surtout après la délivrance, quoique DUBOIS et PAJOT citent des cas où elle a complètement manqué. La femme ressent des envies de *pousser*, des crampes ou fourmillements avec tenesme vésical et rectal très prononcés. La tumeur siège le plus souvent à la vulve, au vagin ou dans la région périnéale. Lorsque le trombus se développe près de l'entrée du vagin, il se présente sous la forme d'une tuméfaction de volume variable, à teinte violacée, ecchymotique ; rarement cette teinte manque. L'orifice vulvaire au lieu d'être droit est obliquement dirigé et paraît refoulé du côté opposé à la tumeur.

Quand le thrombus se développe dans la profondeur du vagin, on peut sentir, par le toucher, une tuméfaction plus ou moins considérable et pouvant présenter ainsi un obstacle à la sortie du placenta, comme dans l'observation personnelle

que nous relatons. Son volume peut varier en effet de la grosseur d'un œuf, à une tête de fœtus. La tumeur est plus ou moins fluctuante, tendue, n'est pas pulsatile et s'accompagne très souvent d'écchymose du périnée, ce qui constitue son signe caractéristique.

Comme symptômes généraux, on note parfois une légère élévation de température, qui, tombe de suite après l'ouverture spontanée ou après incision.

COMPLICATIONS

L'hémorrhagie constitue à la fois un symptôme et une complication du thrombus: on peut même dire que c'est la principale. Son intensité est très variable; quand elle est très accusée, elle peut s'accompagner de tous les signes de l'hémorrhagie interne, c'est-à-dire: faiblesse, sensation de suffocation, malaise, fréquence et petitesse du pouls, sueurs froides, nausées et même vomissements. Ce n'est que dans les cas d'hémorrhagie très abondantes, lorsque le thrombus pénètre à une grande profondeur, que ces signes se présentent avec plus ou moins d'intensité.

Citons encore comme autres complications, la suppuration qui ne survient que rarement.

CHAPITRE IV

Évolution et Pronostic

Les tous petits thrombus peuvent passer souvent inaperçus.

Le thrombus peut ou se résoudre s'il est insignifiant, ou s'enkyster, ou bien suppurer avec sphacèle de la paroi. Mais cet accident devient actuellement de plus en plus rare, par les soins antiseptiques apportés dans son traitement.

Le pronostic *pour la mère* est subordonné à l'intensité de l'hémorragie et aux observations plus ou moins rigoureuses des soins antiseptiques. Cependant à la suite d'une contraction utérine un peu plus violente, la poche thrombique peut se rompre et lancer le sang à distance, comme dans le cas de WIFFELS. Quelquefois il y a perforation gangréneuse de la peau avec gangrène du foyer, et qui entraîne souvent une septicémie grave et mortelle. D'autres fois, il récidive, comme dans le cas de E. E. MONTGOMERY, auteur anglais. D'autres fois, enfin, il présente une issue fatale, comme dans les cas cités par BUDIN et PEYRELLE. D'après SCHWAB et MAYGRIER, la mortalité serait de 12 0/0.

CHAPITRE V

Diagnostic

En général, il ne présente aucune difficulté s'il survient chez une femme qu'on a suivi dès le début de l'accouchement ; le plus souvent il s'impose par la rapidité de ses symptômes surtout à la fin du travail.

On doit éviter de le confondre avec une *bartholinite* qui siège toujours sur les parties latérales de l'entrée du vagin, qui a un début et une marche tout à fait spéciale ; avec un œdème de la vulve ; citons aussi, pour mémoire, la rectocèle, la cystocèle ou l'inversion utérine.

On lui reconnaît avec HERVEUX, quatre variétés :

a) *Vulvaire*. — C'est le plus fréquent. Il occupe plus souvent une grande lèvre à laquelle il communique quelquefois, une coloration ecchymotique et un volume considérable.

b) *Périnéal*. — Dans cette variété, le thrombus présente une extension limitée par les aponévroses périnéales et on le divise en *superficiel* et *profond* ; la deuxième catégorie peut s'infiltrer jusque dans les fosses iliaques et décoller les tissus.

en atteignant la région lombo-sacrée, ou bien imprégner le tissu cellulaire sous-cutané du périnée; d'ailleurs une ecchymose périnéale pendant l'accouchement doit toujours faire penser à la possibilité d'un thrombus périnéal.

c) *Vaginal*. — Cette variété occupe le vagin, dans ses parties latérales, le plus souvent il est unilatéral, mais peut aussi entourer en cercle, le pourtour du vagin et remonter bien haut sous le péritoine; il peut encore empêcher le passage de la présentation fœtale.

d) Quand il est très accusé ayant fusé dans la hauteur et profondeur des tissus, on peut l'appeler *tumeur sanguine peri-abdominale ou pelvi-abdominale*. Cette dernière variété est souvent d'un diagnostic délicat et fait penser au placenta praevia, à une rupture utérine, ou peut en imposer pour un décollement placentaire surtout s'il se produit avant l'accouchement; après l'accouchement on peut le confondre avec une rupture de l'utérus.

CHAPITRE VI

Traitement

On s'est demandé s'il y avait à faire quelque chose pour prévenir la formation de cet épanchement sanguin. S'il se produit *pendant la grossesse*, pour agir avec prudence, il sera bon, chez des femmes à membres et parties génitales variqueuses, de conseiller le plus possible le repos, les laxatifs et l'asepsie des parties génitales. On évitera toute cause de traumatisme ou de congestion des organes abdomino-pelviens : la station debout est longtemps prolongée, les mouvements violents et les traumatismes locaux parmi lesquels il faut faire une large part au coït intempestif.

S'il se produit *pendant l'accouchement*, on évitera à la femme des efforts trop violents pour pousser en aidant le plus possible au dégagement de la partie fœtale qui doit s'engager par la version. Si on se trouvait dans l'obligation de faire une application de forceps, on la conduira avec la plus grande prudence et douceur.

Si malheureusement le thrombus est constitué on se contentera d'abord de l'expectation armée et aseptique, on aidera à cette thérapeutique de fortune, par la compression méthodique, qui de-

vra être à la fois énergique et antiseptique. Pendant la période de travail on s'abstiendra, le plus possible, d'incisions et on hâtera l'expulsion du fœtus. S'il se produit après l'expulsion du placenta, il se résorbe le plus souvent; on usera toutefois d'une asepsie rigoureuse.

S'il se rompt, on a conseillé d'appliquer le tamponnement vaginal, qui est réalisé au moyen de tampons d'ouate enveloppés de gaze et reliés à l'extérieur par un fil préalablement antiseptisé par l'ébullition et qu'on dénomme quelquefois : « *queues de cerfs-volants* ».

S'il ne s'ouvre pas spontanément, il ne faut pas craindre de l'ouvrir largement et de nettoyer la cavité: c'est également la pratique à laquelle on aurait recours, dans le cas où la tumeur, viendrait faire obstacle à la sortie du fœtus ou de la délivrance.

En cas de suppuration (on en est averti par des frissons et l'élévation de la température) ouvrir largement, laver et drainer.

DEUXIÈME PARTIE

OBSERVATION I

RIELÄNDER in *Monatschrift f. Geburtshilfe und Gynécologie*.

Berlin, 1906, pp. 159-170.

Thrombus de la partie interne des plis inguinaux

Elisabeth J..., 40 ans, sextipare. Varices des deux côtés des organes génitaux externes pendant la grossesse. Placenta praevia. Rupture artificielle de la poche des eaux avec léger suintement sanguin; basiotripsie de l'enfant agonisant suivie de son extraction; il mesurait 47 centimètres. Avant l'accouchement perte sanguine à peu près de 250 grammes de sang et après l'accouchement d'à peu près de 60 grammes. Irrigation utérine alcoolisée. Le septième jour des suites de couches apparaît, à la face supéro-interne de la racine des deux cuisses, et spécialement au niveau du pli crural un thrombus d'une longueur de deux travers de doigts, au milieu d'un lacis de veines variqueuses. Pas de douleur ni spontanée, ni à la pression; de fièvre non plus; état général continuellement bon. Lever le 21^e jour, départ le 25^e jour des suites de couches.

OBSERVATION II

RIELÄNDER in *Monatschrift für u. Gynack.*

Berlin, 1906, pp. 154-170.

Thrombus de la fosse iliaque droite

Marguerite Kl....., âgée de 24 ans, secondipare. A eu pendant la grossesse un léger œdème et des varices. Placenta praevia, a déjà subi avant un tamponnement pour hémorragie; on l'amène ensuite à l'hôpital. Pas de fièvre jusqu'en ces derniers moments; l'utérus est contracté et tétanisé; on lui donne une injection, on la tamponne de nouveau et malgré cela elle perd toujours du sang; on fait la version par manœuvres mixtes qui réussit très difficilement à cause de l'utérus qui est tétanisé.

On extrait un enfant, pesant 3.300 grammes et mesurant 52 centimètres de longueur, qui meurt aussitôt. L'écoulement sanguin cesse après cette version. Délivrance spontanée. Au septième jour des suites de couches, pas de fièvre, ensuite s'installe une métrite et thrombus occupant la fosse iliaque droite. La femme éprouve de la douleur à la miction et à la défécation et présente un œdème considérable autour de la racine de l'artère fémorale qui est dure et grosse comme un crayon. Le 23^e jour elle est transportée à l'institut gynécologique; se lève le 46^e jour et s'en va le 50^e.

OBSERVATION III

PERSONNELLE. — Prise dans le service de M. le professeur Ribemont-Dessaignes, à la maternité de Beaujon, en 1909.

Thrombus traumatique de la grande lèvre pendant la grossesse

Madame G....., entre, le 15 juin 1909, à la maternité de Beaujon où elle est admise au dortoir.

Multipare, cette femme est enceinte de 5 mois environ. Elle demande à être hospitalisée parce qu'elle souffre du côté des organes génitaux externes qui ont été la veille l'objet d'un violent traumatisme. Son mari lui a, en effet, étant en état d'ivresse, lancé un violent coup de pied qui a porté sur la grande lèvre droite.

Celle-ci, très volumineuse, constitue une tumeur de la grosseur d'un poing ayant, sur la partie la plus saillante, une zone dirigée d'avant en arrière et où la peau présente une coloration bleue violacée semblable, par places, à celle d'une aubergine. La direction de la fente vulvaire est déviée obliquement d'avant en arrière et de droite à gauche. Près de cette fente le thrombus présente en arrière une région limitée où la coloration des téguments fait penser que les tissus sont sphacelés. On prescrit le repos et on applique sur la région des pansements humides. Il n'y a pas de température. Pendant les jours qui suivent, l'état général reste satisfaisant et la tumeur semble s'affaïsser un peu. Cependant son volume paraît ne pas se prêter à une prompte résorption. Neuf jours après son entrée, c'est-à-dire le 24 juin, on aperçoit, à la face interne de la grande lèvre thrombosée, un orifice résultant de la chute d'une petite escharre.

En pressant sur la tumeur on fait sortir du sang coagulé

ressemblant à de la gelée de groseilles. Monsieur Ribemont-Dessaigues, à l'aide d'une petite curette, se met en devoir de vider le thrombus d'où il fait sortir, en plusieurs fois, une quantité de caillots suffisants pour remplir les $\frac{2}{3}$ d'un verre à boire. Un léger tamponnement est fait à l'intérieur du thrombus vidé, à l'aide d'une fine mèche de gaze iodoformée. Celle-ci est retirée au bout de quatre ou cinq heures; la grande lèvre a presque déjà repris sa forme et son volume normaux. Cinq jours après il ne restait plus d'autres traces du volumineux thrombus, qu'une teinte ecchymotique au niveau de la grande lèvre.

La femme quitte le service le 2 juillet et promet d'y revenir accoucher; mais on ne l'a jamais revue.

OBSERVATION IV

PERSONNELLE. — Clientèle privée de M. le docteur X.... 1907.

Thrombus vaginal après accouchement avec rétention placentaire

Marthe D....., primipare, âgée de 31 ans, accouche, après 16 heures de douleurs de dilatation longue et très pénible, le 15 mars 1907, d'une fille énorme pesant 3.950 grammes et à tête également très volumineuse. La période d'expulsion dura près de 3 heures et fit beaucoup crier et souffrir la parturiente. L'accouchement avait eu lieu à 4 heures du matin. Il s'ensuit quelques minutes de calme, quand, brusquement, survient une douleur très aiguë et de plus en plus forte au niveau du périnée qui s'œdématie légèrement et qui présente une légère teinte ecchymotique à la face externe. On attend une demi heure le décollement et l'expulsion du placenta qui ne vient pas. Alors on prati-

que le toucher vaginal au milieu d'une injection hypermanganatée assez chaude et on constate l'impossibilité d'introduire un ou deux doigts dans la profondeur du vagin; de plus, sur la paroi inférieure et en contact avec le plancher périnal, on constate l'existence d'une tuméfaction, assez tendre, fluctuante et s'étendant en demi-cercle presque autour du tissu périvaginal, bombant dans la cavité vaginale et rapprochant très intimement ses deux parois. Après des massages répétés sur le fond de l'utérus et en s'aidant de l'expression abdominale, le placenta ne vient toujours pas. On décide alors à inciser la poche du thrombus espérant pouvoir extraire le placenta d'une façon artificielle. On incise donc cette poche grosse comme un petit poing, qui occupe tout le plancher pelvien, par une incision de 2-3 centimètres de longueur; immédiatement une énorme quantité de caillots et de sang est projetée à l'extérieur jusque sur les vêtements de l'opérateur et suivie immédiatement de l'expulsion du placenta.

On tamponne avec de l'ouate aseptique et le sang s'écoulant toujours et le facies de la malade devenant de plus en plus pâle, avec pouls filiforme, on pratique en hâte en même temps qu'une injection de 1 centimètre d'ergot, une injection massive de sérum physiologique de 400 centimètres. Le pouls reprend un peu et l'hémorragie ne cède que très lentement et à l'aide d'une compression énergique et très résistante dans l'ouverture du thrombus dont on a été obligé d'agrandir l'incision.

A 4 heures de l'après-midi et au milieu d'une extrême faiblesse la température se met à monter à 38°,2.

Le lendemain matin on retire les petits tampons d'ouate introduits dans la poche du thrombus et sur ceux retirés de la profondeur on constate une légère sécrétion puriforme, à odeur repoussante et entremêlée de stries de sang. On lave alors *larga manu* et antiseptiquement l'intérieur de la plaie et on introduit des morceaux de mèches de gaze iodoformée à 20 %.

Le 17 mars, à 10 heures du matin, on enlève les mèches de gaze iodoformée et on constate avec plaisir qu'il n'y a presque plus de sécrétion puriforme; le fond de la plaie est propre, complètement détergé et le thermomètre baisse à 37°,4. On administre une nouvelle injection à l'intérieur de la poche du thrombus, on tamponne avec des tampons d'ouate antiseptique imbibés d'eau oxygénée à 12 volumes et on ferme la poche en rapprochant ses bords. Neuf jours après, le thrombus ne présente presque plus de trace de son existence; la femme reste cependant très affaiblie et très anémiée et continue à garder le lit. On l'abandonne en prescrivant un traitement tonique.

OBSERVATION V

AUVARD par son Interne dans *Revue de toxicologie et de gynécologie*, 1893, vol. XX, pp. 891-893.

Thrombus du col utérin, guérison

Femme Pr....., âgée de 38 ans, entre à l'hôpital Tenon le 26 août 1893; aucun antécédent pathologique. Elle a eu 12 accouchements à termes, spontanés, par le sommet et six fausses couches de 2-3 mois et une de six mois et demi.

Devient enceinte pour la 20^e fois à la fin de novembre 1892. Se met au lit le 26 août, à 10 heures du soir, quand elle est prise de douleurs et perd les eaux. On l'amène à l'hôpital Tenon. Douleurs toute la nuit et accouche, à 9 heures du matin, le 27 août, sans avoir jamais eu le col de l'utérus complètement effacé; pendant les efforts d'expulsion on voyait la lèvre antérieure faire saillie à la vulve sous forme d'une tumeur violacée, œdémateuse.

L'enfant était très volumineux et s'est présenté en

OLGA. Une fois la tête expulsée hors des voies génitales et le mouvement de rotation des épaules étant fait on eût beaucoup de peine à dégager ces dernières, surtout l'épaule gauche ou antérieure.

L'enfant pesait 5.870 grammes;

Longueur totale, 62 centimètres;

Diamètre occipito-frontal, 11 centimètres;

Diamètre occipito-mentonnier, 15 centimètres;

Diamètre bipariétal, 9 cent. 1/2.

Diamètre bitemporal, 9 centimètres;

Diamètre sous occipito-frontal, 11 centimètres;

Diamètre bisacromial, 14 centimètres.

L'enfant est violacé et respire mal, mais avec quelques frictions et un bain chaud la respiration s'établit rapidement. Il ne remue pas le bras gauche sans cependant présenter de fracture.

On examine, le 28 août, le col utérin à l'aide de valves. Il présente de chaque côté une déchirure plus marquée à gauche où elle remonte jusqu'au cul-de-sac.

La lèvre postérieure est mince et noirâtre; elle présente, en son milieu, une déchirure assez profonde qui isole, à droite, un lambeau triangulaire rattaché au col seulement par un étroit pédicule.

La lèvre antérieure a dans sa portion vaginale une longueur de 8 centimètres et fait saillie à la vulve. Elle a la forme d'un œuf. Elle est molle, épaisse, violacée. Il s'échappe un peu de sang noirâtre lorsque l'on pique l'une ou l'autre lèvre du col utérin.

Pas de déchirure vaginale; seulement quelques petites ulcérations. La grande lèvre gauche est un peu tuméfiée, rouge, oedématisée.

Le traitement consiste en 2 injections vaginales, au lysoz, par jour, l'attouchement des surfaces déchirées, à la teinture d'iode, un pansement à la gaze iodoformée du vagin et du canal cervical.

1^{er} Septembre. Un sillon de séparation s'est formé avec la lèvre supérieure presque à la base de cette lèvre; on ramène, avec les pinces, un petit lambeau de l'escharre. Il n'y a plus d'œdème des grandes lèvres. On ne fait qu'un pansement par jour.

3 septembre. Il se détache des deux lèvres du col thrombosé des lambeaux de tissu; les lèvres du col se détergent, bourgeonnent, sont en voie de cicatrisation.

5 septembre. On enlève, à coups de ciseaux, ce qui reste de l'escharre de la lèvre antérieure.

Depuis son accouchement l'état général de la femme est resté excellent. La température s'est élevée à 38° le 29 au soir; les autres jours elle a varié de 36°,6 à 37°,5. Le nombre des pulsations a varié de 90 à 70. Appétit excellent. Aucune douleur au niveau du thrombus utérin.

A partir du 8 septembre, on fait tous les jours le pansement. Il ne reste plus de lèvre antérieure du col utérin. La lèvre postérieure est très mince, longue de 1 centimètre et demi. Canal urétral normal, le corps de l'utérus encore un peu gros.

La malade se lève et quitte le service le lendemain.

OBSERVATION VI

PERSONNELLE. — Relatée avec le concours de M. Dubrisay, ancien chef de clinique à la Faculté, dans sa clientèle privée.

Thrombus après la délivrance

Thrombus vaginal après un accouchement spontané chez une primipare. — Ouverture spontanée du thrombus. — Guérison.

M^{me} X. . . , âgée de 24 ans, primipare, a eu ses dernières règles du 10 au 15 avril 1909.

Grossesse parfaite. Examinée le 20 janvier 1910, on constate une présentation du sommet en O I D P. Enfant vivant.

24 janvier 1910. — La malade est prise de petites douleurs vers 2 heures du matin ; le docteur Dubrisay l'examina à 10 heures du matin et trouva :

Au palper : Tête à la partie supérieure de l'excavation, bien fléchie ; dos à droite ; bruits du cœur bons.

Au toucher : On trouve le col long, dehiscant ; à travers le col, on sent la poche des eaux.

Tête à la partie supérieure de l'excavation.

Donc, pas de travail.

25 janvier 1910. — Vers *minuit*, la parturiente est reprise de douleurs régulières, revenant toutes les dix minutes.

A 2 heures, on pratique le toucher ; dilatation de 0,50, une poche des eaux qui bombe. La tête descend lentement.

A 10 heures du matin, dilatation de un franc.

A 4 heures du soir, dilatation de 2 francs.

A 6 heures du soir, dilatation comme une petite paume de main.

A 6 heures 1/2, la dilatation étant complète, on rompt les membranes ; la tête franchit l'orifice utérin, arrive dans le vagin et se place en position OP.

La malade commence à pousser. La période d'expulsion est *pénible* ; la tête, volumineuse, très ossifiée, fait bomber le périnée, retenue à la fin par un hymen assez résistant.

A 8 heures 5', la parturiente accouche d'une fille vivante pesant 3,800 grammes. L'écoulement sanguin est normal.

A 8 heures 45', délivrance naturelle, complète.

L'utérus fatigué revient difficilement sur lui-même, reste mou ; il s'écoule une quantité de sang assez consi-

dérable. On fait à la femme des injections chaudes. L'écoulement s'arrête. L'état général est bon.

À 10 heures du soir, la malade est prise de violentes douleurs au niveau du coccyx et de besoins fréquents de pousser jusqu'à 2 heures du matin.

Le 27, à 2 heures du matin, il se produit une légère hémorrhagie ; le pouls est petit, à 120.

On fait une injection chaude (48°) et des massages de l'utérus.

Néanmoins, la malade perdant toujours, l'utérus restant toujours mou, on refait une injection chaude à 48°, et, après avoir vidé l'utérus de ses caillots, on fait une piqûre d'ergotine. L'hémorrhagie s'arrête enfin et les douleurs aiguës disparaissent, mais il persiste une certaine sensation de lourdeur, de tension dans la région périnéale.

Le lendemain matin, au moment de donner l'injection vaginale, on s'aperçoit qu'on éprouve une certaine difficulté à faire pénétrer la canule.

Le docteur Dubrisay pratique alors le toucher et constate, à trois centimètres de l'orifice vulvaire, dans la paroi latérale gauche du vagin, la présence d'une tumeur du volume d'un œuf d'oie : tumeur résistante et douloureuse au toucher.

Il existe donc, à n'en pas douter, un *thrombus de la paroi vaginale gauche*.

Température, 37°7.

Vu l'état de la malade, on estime qu'il y a lieu de faire une injection de sérum de 500 grammes. L'état n'est, du reste, pas mauvais : température le soir, 37°2. Pouls 120.

Pendant les jours suivants, l'état général reste bon ; néanmoins, la température oscille entre 37° et 37°4 (température axillaire), le pouls autour de 100 et il persiste une certaine tension douloureuse dans le membre gauche.

Le 31 janvier 1910 (cinquième jour), la température

s'élève à 38°6 le soir; le lendemain matin (1^{er} février), elle est de 38°, et le soir elle s'élève à 38°9. Le pouls suit la même marche ascendente : 120 le 31 janvier (au soir); le 1^{er} février : 100 le matin, 120 le soir.

En présence de cet état, on se décide à intervenir et à ouvrir la poche. En arrivant, le 2 février, on constate que la température s'est abaissée à 37°; pouls à 96. Le thrombus s'est ouvert spontanément.

On agrandit l'ouverture, on évacue un certain nombre de caillots et on fait, avec une sonde de Doleris, un lavage de la poche avec de la liqueur de Labarraque.

Du côté de l'utérus, tout s'est admirablement bien passé; l'utérus est revenu sur lui-même et n'est plus perméable.

Les lochies sont normales. *A aucun moment il n'y a eu d'infection puerpérale.*

Pendant les jours qui suivent, la malade va bien. La température reste normale; l'état général est excellent. On continue deux injections vaginales par jour et trois irrigations dans la cavité du thrombus avec la liqueur de Labarraque. La cavité se comble peu à peu.

Le treizième jour après l'accouchement, on fait un attouchement dans l'intérieur de la poche, à la teinture d'iode.

Le seizième jour, nouvel attouchement.

Le vingt-unième jour, l'utérus est complètement revenu sur lui-même, il n'y a plus de lochies.

Le thrombus ne constitue plus qu'un petit conduit de trois centimètres de profondeur, ne contenant plus rien.

La malade se lève le vingt-cinquième jour, tout à fait bien.

OBSERVATION VII

THRENDORFER. — *Arch. f. Gynäk.*, 1889, t. XXIV.

Thrombus de la vulve et du vagin, à la suite d'un coït au cours de la grossesse

Madame X..., 32 ans, 5^e grossesse. Règles à 20 ans normales. Grossesses et accouchements antérieurs sans incidents. Au ve^e au cinquième mois de la grossesse actuelle.

Il y a dix jours, au cours d'un coït impétueux, elle éprouve brusquement une douleur très vive dans la grande lèvre droite. Le coït doit être interrompu. En peu de temps se développe une tumeur, grosse comme un œuf de poule, qui peu à peu, acquiert le volume du poing. Repos au lit et compresses humides pendant quelques jours. Diminution légère de la tumeur et de la douleur.

État actuel. malade anémique de constitution médiocre. Température normale. Pouls plein et calme. Respiration obscure au sommet gauche, rien au cœur. Fond de l'utérus à deux travers de doigts au dessus de l'ombilic. Pas de varices, pas d'hémophilie. La grande lèvre droite est distendue par une tumeur qui s'étend du pubis à l'anus, avant 15 centimètres de longueur sur 10 centimètres de large, blême, violacée, élastique. Fluctuation en deux points recouverts par la peau très amincie et très tendre. Pas d'élévation de température locale ; pas d'inflammation au voisinage. Grande sensibilité à la pression. Petite lèvre de ce côté œdématisée. La tumeur s'étend assez loin dans le vagin. Incision longit. de plusieurs centimètres ; à ce moment il se produit un jet de sang très abondant fourni par un vaisseau au fond de la cavité vaginale, qui a pro-

ballement été l'origine de l'hémistome. Evacuation complète de caillots. Paroi bourgeonnant bien. Tamponnement à la gaze iodiformée. Irrigation antiseptique les jours suivants. Suites normales.

Le dixième jour la malade est guérie. Pas d'interruption de la grossesse.

CONCLUSIONS

a) Le thrombus puerpéral est presque une exception.

b) Il est le plus souvent causé par le passage à travers la filière pelvi-génitale d'une présentation fœtale trop volumineuse.

c) Il apparaît d'ordinaire après la délivrance.

d) Sa production est facilitée par les modifications anatomiques de la zone génitale pendant la grossesse.

e) Il est souvent bénin, mais peut aussi menacer sérieusement la vie de la femme.

f) Son diagnostic est relativement facile.

g) Son traitement est subordonné à sa variété et aux complications d'ordre général.

Vu : *Le Président de thèse,*

RIBEMONT-DESSAIGNES.

Vu : *Le Doyen,*

D. LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- AUVARD. — *Revue de tocologie et gynécologie*. Paris, 1893, t. XX, pp. 891-893.
- BAR, BRINDEAU ET CHAMBRELENT. — La pratique de l'art des accouchements. Paris, 1907, t. II, pp. 303-636-640.
- BLOT (Hipp.). — Des tumeurs sanguines de la vulve et du vagin pendant la grossesse et l'accouchement. Thèse de concours pour l'agrégation. Paris, 1853.
- CADILHAC. — Thrombus puerpéral de la vulve et du vagin. *Revue générale*. Montpellier, 1894.
- DENEUX. — Mémoire sur les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin. Paris, 1830.
- DOLÉRIS (A.). — Dictionnaire de médecine et de chirurgie. Thrombus. Paris, 1883, t. XXXV, p. 479 (indic. bibl.).
- DUBRISAY ET JEANNIN. — Précis d'accouchement. Paris, 1910.
- EHRENDWFER. — Thrombus de la vulve et du vagin à la suite d'un coït au cours de la grossesse. *Arch. f. Gynæk.*, 1889, t. XXIV.
- GIRARD (J.-B.). — Thrombus de la vulve et du vagin dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement. Thèse de Paris (une Observation inédite de Budin).
- HERVIEUX. — Traité clinique et pratique des maladies puerpérales. Suites de couches. Paris, 1870.

- LABORIE. — Histoire des thrombus de la vulve et du vagin, spécialement après l'accouchement (lu à l'Académie de médecine le 6 novembre 1860. *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXVI, p. 961).
- LEGOUAI. — Dictionnaire des Sciences médicales. Paris, 1821, t. LV, p. 118.
- MAYGRIER (Ch.) ET SCHWAB (A.). Précis d'obstétrique. Paris, 1909, p. 903.
- MONTGOMERY. — *Philadelphia med. and surg. Reporter*. Janvier, 1880.
- PERNET (Paul). Des tumeurs sanguines intrapelviennes pendant la grossesse normale et l'accouchement. Thèse de Paris, 1864.
- RIBEMONT-DESSAIGNES (A.) ET LEPAGE (G.). — Précis d'obstétrique. Paris, 1904.
- RIELANDER. — *Monatschrift für Geburtshilfe und Gynaecologie*. Berlin, 1906, pp. 154-170.
- RUEFF (J.). — Collections sanguines. Zürich, 1554, t. VI, p. 31. — De generatione et conceptu hominis.
- STEPANOFF (Sophie). — Contribution à l'étude des thrombus puerpéraux. Paris, 1902.
- WALLICH (W.). — Éléments d'obstétrique. Paris, 1910, p. 455.

